



SOLICITUD PARA OBTENER ASISTENCIA DE LA OFICINA DE ASESORÍA PÚBLICA PARA EL EMPLEADO LESIONADO (OIEC)

Nombre: _____ No. de DWC _____
Dirección _____ Correo Electrónico _____
Ciudad _____ Fecha de la Lesión _____
Teléfono (_____) _____

Yo _____, solicito la asistencia de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel -OIEC, por su nombre y siglas en inglés). Yo no cuento con un abogado que me represente, sin embargo sé que tengo ese derecho. Este documento permanecerá vigente hasta que yo lo decida. Yo puedo finalizar la asistencia de OIEC en cualquier momento, notificando a la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado o contratando a un abogado. Si yo contrato a un abogado, yo entiendo que mi abogado debe presentar su contrato de empleo ante el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation –DWC, por su nombre y siglas en inglés).

Yo sé y entiendo claramente que el Ombudsman:

- Es un empleado de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado.
• No está actuando como un abogado ni rindiendo los servicios de un abogado.
• No me representará como abogado, o en cualquier otra capacidad.
• Me ayudará a presentar mi reclamación para obtener beneficios.
• Proporciona asistencia gratuita a personas que no cuentan con un abogado.
• No puede, ni proporcionará asistencia legal, porque no es un abogado.
• No puede, ni hará o firmará cualquier acuerdo por mí.
• No puede, ni tomará ninguna decisión por mí.

Yo autorizo a cualquier empleado de OIEC que tenga acceso al expediente de mi reclamación y a cualquier otra información confidencial pertinente a mi reclamación, incluyendo expedientes médicos.

Yo entiendo que cualquier comunicación con cualquier empleado de OIEC es confidencial bajo la Sección 404.110 del Código Laboral de Texas y que generalmente ningún empleado de OIEC puede ser obligado a revelar información sobre cualquier asunto relacionado con mi reclamación de compensación para trabajadores.

Yo autorizo para que el Ombudsman pueda firmar mi nombre en los documentos que requieren una respuesta inmediata, y tienen que ser presentados de manera inmediata para poder conservar mis derechos en el sistema de compensación para trabajadores.

Yo he leído (o alguien elegido por mi me ha leído esta información). Yo entiendo y estoy de acuerdo con toda esta información.

Firma del Empleado Lesionado o Beneficiario

Fecha